

.....
pieczęć szkoły / uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły / uczelni dla potrzeb Realizatora programu

Pan/Pani zamieszkały/a

w.....przy ul.....,

nr PESEL

rozpoczął(ę) naukę

kontynuuje naukę* w

.....
(pełna nazwa i adres szkoły)

Wydział

Kierunek

Rok nauki..... semestr nauki..... okres trwania nauki (ile semestrów ogółem).....

Czy Pan/Pani powtarza w/w półrocze/semestr nauki: nie tak – proszę wskazać przyczynę powtarzania semestru/półrocza:

niezadowalające wyniki w nauce stan zdrowia inne, jakie?

Okres zaliczeniowy w szkole/ na uczelni: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

studia pierwszego stopnia

studia drugiego stopnia

jednolite studia magisterskie

studia podyplomowe

studia doktoranckie

kolegium pracowników służb społecznych

kolegium nauczycielskie

szkoła policealna

nauczycielskie kolegium języków obcych

uczelnia zagraniczna

staż zawodowy za granicą w ramach programów UE

przewód doktorski (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

kurs/szkolenie/inne

Nauka jest odpłatna: tak nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze / semestr lub opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego* (w odniesieniu do ww. ucznia / studenta*) wynosi: zł

(słownie:))

Organizacja roku szkolnego / akademickiego/..... r. w jednym półroczu/ semestrze:
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)

* -niepotrzebne skreślić

** - jeżeli dotyczy

Czytelny podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły/ Uczelni
data, pieczęćka imienna i czytelny podpis: _____